
HAITI
PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD
(12 de Marzo de 2000)
(Revisado, 12 de Agosto de 2000)

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Haití es una república representativa con un parlamento bicameral¹ al nivel nacional y diversas instituciones descentralizadas al nivel local. Desde enero de 1999, el parlamento no es funcional debido a la caducidad del mandato de la mayor parte de sus integrantes. De esta manera, los esfuerzos gubernamentales para la elaboración de planes de desarrollo se han visto limitados por la falta de consenso y viabilidad política y, en especial, por la ausencia o la designación tardía de un primer ministro sin aprobación de su política general por el Parlamento. Esto contribuye a la paralización de la gestión de las políticas sociales y a la aprobación de los proyectos de inversión externa, préstamos y donaciones.

Debido a las sanciones económicas impuestas por la comunidad internacional, la situación macro-económica general del país se deterioró aún más, al inicio de la década de los 90, con una fuerte contracción del PIB, a pesar de un pequeño mejoramiento durante los tres últimos años, con una tasa de crecimiento promedio del 2%.

La población estimada para el año 2000 es de 8 millones de habitantes,² de la cual un 40% vive en zona rural. La tasa de analfabetismo se estima en 65%³. Más del 70% de la población vive por debajo del nivel de pobreza extrema y el desempleo se sitúa en un 70% de la población económicamente activa. Esta situación coloca a Haití en el lugar 150 según IDH, dentro del grupo de los 25 países con índice más bajo en el mundo.

El Sistema de Salud de Haití está constituido por los subsectores: i) público, fuertemente disminuido por la crisis política desde 1991; ii) privado sin fines de lucro, constituido por organizaciones no gubernamentales y del sector religioso; iii) el mixto, no-lucrativo, donde el personal es pagado por el estado y la gestión es realizada por el privado; y iv) el privado con fines de lucro, constituido por médicos, dentistas, enfermeras y otros especialistas que se encuentran en las grandes ciudades y en la capital, ejerciendo en sus consultorios o clínicas. El Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) es el segundo gran empleador nacional, con cerca de 8,000 funcionarios. Se calcula que cerca del 80% de las instalaciones y equipos de las instituciones públicas se encuentran defectuosos o fuera de uso.

La conducción sectorial es de la responsabilidad del MSPP, quien debe garantizar la salud de la población, así como la prestación de servicios, asegurarse de la formulación de políticas y manejar el presupuesto de salud. Globalmente, se estima que el gasto en salud por habitante por año es de US\$25. El gasto en salud alcanza 35 a 40% del gasto público total. El 48.9% (1996-1997) del presupuesto total del sector está constituido por financiamiento externo, a través de préstamos y donaciones.

El proceso de reforma en Haití se inicia con la adopción de una nueva política sanitaria en 1996, en el marco de un programa económico donde se plantean reformas estructurales tales como la reestructuración de la función pública, la reforma del sector financiero, la modernización de nueve entidades estatales y el

programa de descentralización. La política sanitaria se basa en dos conceptos: las Unidades Comunales de Salud (UCS)⁴ y el Paquete Mínimo de Servicios (PMS).⁵ Estos se enmarcan en la Política Nacional de Descentralización. En el momento actual, el proceso de reforma está paralizado, pues el financiamiento externo destinado a apoyar los cambios en la administración del estado no ha podido ser efectivo debido a la ausencia de poder legislativo.

1.- CONTEXTO

Contexto Político: Haití es una república independiente y democrática basada en el principio de la separación de poderes: el poder legislativo, el poder ejecutivo y el poder judicial. El territorio nacional está subdividido en 9 departamentos geográficos, 133 municipios y 565 secciones municipales.

La planificación y la gestión del desarrollo es de la responsabilidad del poder ejecutivo a través del Ministerio de Planificación y de Cooperación Externa quien elabora la política nacional de desarrollo a partir de los directivos del Gobierno, con la participación de las estructuras político-administrativas locales y departamentales y la contribución de todos los Ministerios sectoriales, de los consejos interdepartamentales, de las comisiones parlamentarias y de las asociaciones de la sociedad civil. Los esfuerzos gubernamentales para la elaboración de planes de desarrollo se han visto limitados por la falta de consenso y viabilidad política y, en especial, por la ausencia del parlamento. Esto se refleja en la paralización de la gestión de las políticas sociales, y la aprobación de los proyectos de inversión externa, préstamos y donaciones.

Los principales problemas políticos y sociales con influencia en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud están asociados a: una democracia incipiente, con gran inestabilidad y frecuentes conflictos entre los poderes del Estado; a situaciones no resueltas que involucran los derechos humanos; a los altos riesgos económicos, tanto para los agentes externos como nacionales; y a pobres resultados en proyectos de inversión, entre otros.

Contexto Económico: La situación macro-económica general en Haití se deterioró aún más, al inicio de la década de los 90, debido a las sanciones económicas impuestas por la comunidad internacional. Se verificó una fuerte contracción del PIB,⁶ y los efectos devastadores del embargo precipitaron el PIB a niveles negativos (-13,2% en 1992, -2,4% en 1993), produciéndose un retroceso neto del 25%. Luego de este periodo hubo una cierta recuperación, aunque insuficiente. La tasa anual de inflación, superior al 15% durante el periodo del embargo (1991-1994), se redujo a 9.92% en 1999 pero tiende a empeorar desde enero 2000, manteniéndose alrededor del 11%.

Indicadores económicos, 1991 – 1999

Indicador	Año								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en USD	260.30	228.23	225.67	293.90	325.90	371.55	413.36	459.95	507.18
Población Económicamente Activa, en miles									
Gasto Público total, como porcentaje del PIB	10.00	9.57	9.84	5.93	11.58	10.77	9.86	10.47	10.70
Gasto Público Social como porcentaje del PIB	ND	ND	ND	ND	2.74	2.67	3.14	2.86	2.93
Tasa de Inflación anual	ND	18.43	37.87	51.08	17.26	17.01	17.00	8.22	9.92

Fuente: Ministère de l'Economie et des Finances, Direction des Etudes Economiques/

El sector primario⁸ contribuye en 31% al PIB, el sector secundario en 22%, y el sector terciario en 47%. La cooperación financiera externa representa un 82% del plan de acción del gobierno que presenta las grandes prioridades a corto y largo plazo. Las principales fuentes⁹ de ayuda multilateral son el Banco Mundial, la BID y la Unión Europea. En el grupo bilateral, los donantes principales son los Estados Unidos de América, Canadá, Francia, Japón y España. Sin embargo, la ausencia del poder legislativo ha impedido la aprobación de ciertas leyes y contratos fundamentales para el desembolso de estos préstamos. **Contexto Social:** El último censo de población en Haití fue en el año 1982. Según las proyecciones del CELADE y del Instituto Haitiano de Estadísticas e Informática (IHSI), la población estimada para 2000 es de 8.0 millones de habitantes. Más de un tercio de la población vive en el departamento del Oeste, donde se encuentra la capital, y un 40% vive en zona rural.

La tasa de analfabetismo se estima a 65%. El índice de escolaridad ha aumentado, pasando de 37,2% en 1988 a 48% en 1996, pero en la zona rural no alcanza al 25%. El trabajo infantil es el factor fundamental del abandono escolar y afecta a tres grupos especiales: los niños de la calle, los niños con edad avanzada para el sistema escolar, y los niños en “domesticidad” abierta o solapada. Estos últimos son aquellos confiados a familias, conocidas o no, en una modalidad denominada “restavek”, que significa “quédate con” y que trabajan en labores domésticas. Se calcula que 300,000 niños y adolescentes se encuentran en este grupo (UNICEF).

Más del 70% de la población vive por debajo del nivel de pobreza extrema (65% en la zona urbana y 80% en la zona rural).

La tasa de desempleo es alrededor de 70%. Las estadísticas sobre el empleo¹⁰ en los diversos sectores de la economía no existen, debido a la ausencia de mecanismos institucionales para la recolección y el tratamiento de los datos. Las estadísticas del Ministerio del Comercio y de la Industria señalaban un aumento de 31% del empleo en las fabricas para el año 1997 con ningún cambio significativo para 1998.

Haití se encuentra dentro los 25 países del mundo con el IDH más bajo. En el informe de 1990, se clasificaba en la posición 124, empeorando progresivamente hasta la posición 159 en el informe de 1998. Sin embargo se ha observado un mejoramiento del IDH durante los últimos años, subiendo a la posición 150 en el informe del año 2000. Haití ocupa actualmente la posición 123 en la clasificación del Índice de desarrollo relativo al género (IDG).

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Organización General: El sistema de salud de Haití se divide en cuatro subsectores: público, privado sin fines de lucro, mixto, y privado con fines de lucro. El público, está fuertemente disminuido por la crisis política desde 1991; el privado sin fines de lucro, está constituido por organizaciones no gubernamentales y del sector religioso; en el mixto no lucrativo el personal es pagado por el Estado y la gestión es realizada por el privado; y el privado con fines de lucro, constituido por médicos, dentistas, enfermeras y otros especialistas que se encuentran en las grandes ciudades y en la capital, ejerciendo en sus consultorios o clínicas.

Subsector público:

El Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) es la principal institución pública en el sector sanitario. Posee un nivel central; un nivel departamental, con 9 departamentos sanitarios y una coordinación sanitaria; y un nivel local, constituido por las Unidades Comunales de Salud (UCS), de incipiente desarrollo.

La asignación presupuestaria del MSPP¹¹ ha aumentado progresivamente desde el año 1990, variando de 148 millones de gourdes a 1,415 millones de gourdes en 1999. Sin embargo, a causa de la inflación y de la depreciación de la moneda nacional frente al dólar de los EEUU, este presupuesto ha disminuido en términos reales.

Alrededor del 36% de los establecimientos de salud pertenecen al sector público¹². Al interior de este subsector, la mayoría de las instituciones funciona con autonomía extrema, sin control del estado y sin visión de red de servicios. Se ha diseñado un sistema de referencia de los pacientes entre instituciones, pero no es funcional.

Subsector Privado:

Se desconoce el número exacto de actores del sector privado, aunque se calcula que podrían ser cerca de 400 instituciones, la mayoría de ellas ONG e instituciones vinculadas a las Iglesias de diferentes denominaciones. Durante la época del embargo, ellas fueron las beneficiarias de casi toda la ayuda externa en forma de ayuda humanitaria. En la actualidad, si bien los donantes financian directamente el Ministerio de Salud, éste sub-contrata a empresas y ONG para desarrollar los proyectos, ya que su capacidad de gestión esta muy limitada.

En términos de cobertura de servicios, se calcula que ellas son responsables por un tercio de la atención médica que se brinda a la población. Su distribución no se conoce a ciencia cierta, pero se calcula que cerca de la mitad se concentra en la capital y sus barrios pobres, y el resto, en la zona rural. Algunas de ellas tienen cobertura nacional, pero la mayoría tiene cobertura local. El 33% de los establecimientos de salud pertenecen a este subsector.

Recursos del Sistema:

Recursos Humanos:

Recursos humanos en el sector salud

Indicador	Año	
	1993	1998
Razón de médicos por 10,000 hab.	1.6	2.5
Razón de enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	1.3	ND
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	ND
Razón de técnicos medios de laboratorio por 10,000 hab.	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 hab.	1.6	2.5
Razón de radiólogos por 10,000 hab.	ND	0.05
No de egresados de postgrado en Salud Pública	ND	ND

Fuentes: Dr Ary Bordes: Les Cinquante Ans de l'Association Médicale Haitienne. Mars 1998. MSPP-OPS/OMS. Analyse de la Situation Sanitaire. HAÏTI Juin 1998. PNUD: Rapport Mondial sur le Développement Humain 1998

El número de médicos residentes en Haití fue estimado en 1998 en un total de 1,848¹³. De éstos, 550 son generalistas (29.8%). El 88% de los médicos trabajan en el departamento del Oeste donde se encuentra la capital del país. El desarrollo de las especialidades ha estado asociado a las capacidades tecnológicas del país.

Recursos humanos en instituciones públicas¹⁴, 1998

Instituciones	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras auxiliares	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
HUEH*	120	221	102	139	131	212
Direcciones centrales	2	14	2	26	338	132
Zona metropolitana	43	14	76	113	150	225
Artibonita	37	47	126	97	86	184
Centro	7	6	78	92	39	73
Grande-Anse	12	30	114	73	79	153
Oeste	192	165	249	194	212	337
Norte	47	133	221	176	80	232
Noreste	5	25	65	59	41	64
Noroeste	8	10	53	79	30	80
Sur	20	56	224	111	83	131
Sureste	20	20	65	107	51	104
Total	513	798	1,375	1,266	1,320	1,927

Fuente: MSPP, Service du Personnel, Effectif du personnel par catégorie de Poste * Hospital de la Universidad Estatal de Haití

El Ministerio de Salud es el segundo gran empleador nacional, con cerca de 8,000 personas, donde 55% constituye el personal médico y paramédico, 27% el personal de soporte y 18% el personal administrativo. No hay estadística sobre el personal de salud de todo el país.

No se dispuso de información sobre la razón de especialistas vs. generalistas médicos en las principales instituciones públicas, sobre el nivel medio de remuneración del médico general y de los especialistas en las principales instituciones públicas, ni sobre la productividad media del personal de salud de las principales instituciones públicas

Medicamentos y otros productos sanitarios: Existen tres laboratorios farmacéuticos privados y la producción local cubre 30-40%¹⁵ del mercado. En marzo de 1998, el MSPP había identificado 58 importadores de medicamentos. Sin embargo, no existen datos sobre el número total de productos farmacéuticos comercializados, el porcentaje de medicamentos de marca, el porcentaje de medicamentos genéricos, el gasto total en medicamentos, el gasto per capita en medicamentos, ni el porcentaje del gasto público en salud o del gasto ejecutado por el MSPP destinado a medicamentos.

Los cinco productos de mayor venta en el mercado nacional son: los estimulantes del apetito, los antiácidos, los antibióticos, las vitaminas y los analgésicos.

De acuerdo con el perfil epidemiológico del país se elaboró una lista de medicamentos, pero no ha sido aprobada aún. Esta lista está desagregada por nivel de instituciones y se diseñaron algoritmos de tratamiento, para cuyo uso fue entrenado el personal de salud. La distribución de los medicamentos está a cargo de una central, proyecto OPS/OMS implementado durante la crisis de 1991. Esta central distribuye los productos a las instituciones públicas y privadas sin fin de lucro y a los almacenes periféricos, desde donde se aprovisionan las instituciones de salud. Para que las farmacias obtengan la autorización de funcionamiento, se exige la presencia de un farmacéutico. Sin embargo, la mayoría de ellas no cuentan con la presencia de un farmacéutico titulado y, en la actualidad, el sector privado no es controlado. El marco legal data del año 1948 y no ha podido actualizarse todavía.

Desde 1986, el Centro de Transfusión Sanguínea¹⁶ de la Cruz Roja Haitiana ha estado encargada de todas las actividades relacionadas con la transfusión sanguínea. De los trece centros que existen, sólo nueve están operantes, colectando alrededor de 6,000 bolsitas de sangre al año. Las determinaciones serológicas que se realizan incluyen Hepatitis B y C, VIH, Sífilis y, ocasionalmente, Paludismo. Se controla al 100% de los donantes, tanto en el subsector público como en el subsector privado de Puerto Príncipe, la capital.

Equipamiento y tecnologías:

Disponibilidad de equipamiento en el Sector Salud, 1997

Sector	TIPO DE RECURSO			
	Camas Censables por 1,000 hab.	Equipos de radiodiagnóstico	Laboratorios Clínicos N°	Bancos de sangre N°
<i>Subsector Público</i>	0,51	23	ND	7
<i>Subsector Privado</i>	0,39	ND	ND	6
Total	6,473 *	ND	205*	13**

Fuente: OPS/OMS *Datos estimados totales, sin división por sub-sector. **Solamente 9 están funcionando

Cerca del 70% de los laboratorios del país no reúnen las condiciones mínimas aceptables internacionalmente. A pesar de ello, han habido avances tales como el laboratorio de microbiología del Hospital Universitario, gracias a una cooperación bilateral con Cuba, y el mejoramiento del diagnóstico de VIH. Lamentablemente, no se cuenta con un programa de control de calidad de estos servicios.

No se dispone de información sobre salas de parto, laboratorios clínicos o equipos de radiodiagnóstico según niveles de atención.

Se calcula que cerca del 80% del equipamiento de las instituciones públicas se encuentra defectuoso o fuera de uso. El presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento no se encuentra disponible para los últimos 8 años, pero en 1990-1991 era cercano al 2% del presupuesto sectorial. Desde hace cinco años que se está formando personal de mantenimiento, pero se ubica en la capital y frecuentemente no es utilizado.

Haití es muy limitada en unidades y equipos de alta tecnología: los servicios de diálisis renal y de tomografía axial computarizada existen únicamente en la capital, y están limitados al sector privado. Igual situación presentan los servicios de radiología y radioterapia, aunque su disponibilidad ha mejorado parcialmente desde el año 1995.

Funciones del Sistema de Salud:

Rectoría: El Ministerio de Salud y Población es responsable de garantizar la salud de la población, así como la prestación de servicios, la formulación de políticas y la gestión del presupuesto en salud. No obstante, éste ha sido reconducido automáticamente desde el año 96, ya que no existe un parlamento para aprobarlo. No están definidas las funciones esenciales de salud pública.

El control del financiamiento público del sector es una función ejercida por la Contraloría.

No existen modalidades de seguridad sanitaria, por lo que este aspecto no está regulado.

El MSPP es el responsable de ejercer las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados.

El trabajo intersectorial se ha limitado al sector educación, en el programa de salud del escolar.

Los sistemas de información del MSPP son poco fiables y oportunos. El de mejor desempeño es el sistema de vigilancia de enfermedades a través de puestos centinela - cerca de medio centenar en el país - que brindan información de las enfermedades de notificación obligatoria con cierta periodicidad y de confiabilidad aceptable.

No existe planificación de recursos humanos a nivel del MSPP. Los procedimientos de acreditación de los centros formadores no son claros y homogéneos, por lo que muchos de ellos están produciendo profesionales de salud sin contar con la autorización correspondiente para ello.

Para obtener la acreditación como establecimiento de salud, el responsable de la institución debe someter su proyecto a la dirección departamental donde se ubica, quien emite un fallo, pero los procedimientos no son por escrito y difieren según los sectores.

No existe organismo público o privado responsable de la evaluación de tecnologías en salud, ni se han definido políticas en este campo.

Financiamiento y gasto: La información sobre financiamiento del gasto en salud no es fiable. Algunos estudios generados por el Banco Mundial brindan información, aunque incompleta.

Estructura del financiamiento del sector salud, 1994 – 1997.

Agente	Año					
	1994-1995		1995-1996		1996-1997	
	Millones gourdes	%	Millones gourdes	%	Millones gourdes	%
Financiamiento interno	293	10,4	417	15,4	464	15,4
Financiamiento externo	896	31,8	587	22,1	857	28,4
ONG	592	21,0	604	22,7	616	20,5
Financiamiento de los Hogares para servicios privados.	1.034	36,7	1054	39,6	1076	35,7
Total gasto en salud	2.815	100.0	2.263	100.0	3013	100.0

Fuente: Estudio sobre el financiamiento de los servicios de salud en Haití- Banco Mundial- Nov. 1997

No existen modalidades de financiamiento público del seguro sanitario privado.

La cooperación financiera externa para el sector salud, tanto a través de préstamos como de donaciones, sumado al apoyo que reciben las ONG, comprende más del 50% del financiamiento total sectorial. Según estudios de la Unión Europea, se calcula que más del 70% de ésta corresponde a donaciones o préstamos no reembolsables. Las principales fuentes de donaciones son la Unión Europea, USAID, Japón, la Cooperación Francesa, Española y otros países, así como el sistema de las Naciones Unidas.

La Dirección de Administración y Finanzas es responsable de la elaboración del presupuesto y de los reportes periódicos de gasto. La información del gasto en salud no es oportuna.

El gasto en salud alcanza al 35 a 40% del gasto público total. No se dispone de información sobre el gasto público en salud per capita, el gasto total en salud como porcentaje del PIB ni sobre la relación entre la deuda externa en salud respecto a la deuda externa total. Globalmente, se estima que el gasto en salud per capita es de US\$25. La tendencia esperada es a la estabilización, ya que no se esperan grandes cambios en el sistema de salud en los próximos años.

La distribución del gasto nacional en salud por agentes gastadores, 1994 – 1997.

Agente	Año		
	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Administración general	5,8%	7,1%	5,1%
Programas	8,5%	6,6%	6,7%
Distrito central-capital	23,2%	26,3%	21,0%
Formación	3,5%	3,3%	3,1%
Periferia	58,9%	56,8%	64%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Estudio elaborado por F. André y J. Buttari- Cooperación Francesa

No se dispone de información del gasto en salud por objeto del gasto ni por niveles de atención.

No se dispone de información sobre el gasto privado en salud.

Aseguramiento sanitario: En Haití no existen instituciones de aseguramiento privadas, por lo que es el MSPP el responsable de asegurar a toda la población la cobertura frente a riesgos y reparación de los daños a la salud. Existe un sistema de Seguro Social bajo la tutela del Ministerio de Asuntos Sociales. Este sistema está constituido por la Oficina de Seguro de Accidentes de Trabajo (OFATMA) y la Oficina de Seguro para la Vejez (ONA), pero la prestación de servicios tiene cobertura insuficiente y los beneficiarios están limitados a un pequeño número de trabajadores urbanos. En septiembre de 1997, la ONA contaba con 44,248 asegurados. Por su parte, a contar de enero de 1999, todos los empleados del Estado (45,000) son beneficiarios de un seguro para accidentes y enfermedades.

Se ha iniciado la elaboración de un Plan Básico de prestaciones sanitarias, denominado “Paquete Mínimo de Salud”. El MSPP lo ha definido como “un conjunto mínimo de intervenciones esenciales integradas, seleccionadas entre las más eficaces, que el Estado en función de sus recursos se compromete a entregar de manera accesible a la mayoría de la población en vista de elevar su nivel general de salud”. El paquete comprende los siguientes elementos: salud materna, incluyendo la planificación familiar; la atención integral del niño; el control de ciertas enfermedades transmisibles; las urgencias médico-quirúrgicas; la educación para la salud; los medicamentos esenciales; y actividades curativas corrientes.

Provisión de servicios:

Servicios de salud poblacional: La provisión de servicios de salud poblacional es responsabilidad del MSPP, de las ONG y del sector privado lucrativo, ubicado principalmente en las ciudades. Los servicios se prestan según la demanda y a través de programas específicos.

Los principales programas de prevención específica que se han desarrollado han sido: inmunizaciones; atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia; prevención de la mortalidad materna, malaria y dengue; SIDA y enfermedades de transmisión sexual; y tuberculosis. La cobertura de estos programas varía de acuerdo a la disponibilidad de recurso humano capacitado y al acceso a exámenes específicos y tratamiento.

No existen programas de detección precoz de patologías crónicas como diabetes mellitus o hipertensión arterial.

La cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones no supera el 40% como promedio nacional, alcanzando sólo al 18% en algunos departamentos del país. Las campañas masivas de vacunación se reiniciaron en 1999, después de cinco años de ausencia, con resultados aún insuficientes.

Cobertura de vacunación en niños menores de 1 Año, 1991-1999

	Año								
Vacuna	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
BCG	47	48	12	39	34	40	40	52	58
DPT	25	30	7	28	25	27	35	39	59
Polio3	25	30	7	27	21	25	32	37	58
Sarampión	22	24	8	25	22	22	30	42	85

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Población de Haití-1999

La cobertura de control prenatal es baja; no se dispone de evaluaciones cuantitativas al respecto. Alrededor del 75% de los partos son domiciliarios, especialmente en zonas rurales. Se estima que la atención del parto por personal entrenado no supera el 30%.

Servicios de atención individual: los datos proporcionados por el sistema de información no son adecuados para la gestión de los servicios de diferentes niveles y prácticamente no se utilizan.

Desde comienzos de la década, no ha aumentado la capacidad de elección del público hacia distintos proveedores de un mismo tipo de servicio. Por el contrario, se ha estrechado la capacidad de elección ante la grave crisis socio-económica.

Nivel primario de atención: La información global sobre los grados de cobertura de servicios se estiman de acuerdo a la naturaleza jurídica de los establecimientos. Así, el MSPP es responsable del 36%, el Sector Privado del 33% y el Sector Mixto del 31%. Se calcula que el 40% de la población no tiene cobertura efectiva, especialmente en zona rural. El MSPP ha empezado a llegar a estas localidades a través de un convenio con profesionales de la salud de Cuba. En la actualidad existen cerca de 800 profesionales cubanos distribuidos en todo el territorio de Haití.

El porcentaje de centros de atención primaria que disponen de sistemas de información computarizado no se conoce. Solamente algunas ONG que prestan servicios poseen esta tecnología.

Producción de servicios

	Número	Tasa por 1000 habitantes
Consultas y controles por profesional medico	ND	ND
Consultas y controles por profesional no medico	ND	ND
Consultas y controles por odontólogo	ND	ND
Consultas de urgencia	ND	ND
Exámenes de laboratorio	ND	ND
Placas radiográficas	ND	ND

No hay información confiable sobre la producción de servicios, pero se estima que las cinco causas más frecuentes de consulta son: infecciones respiratorias agudas, diarreas, fiebre (generalmente asociada a malaria), parasitosis, y enfermedades de la piel.

No existen modalidades de visitas domiciliarias por el personal entrenado.

Nivel secundario de atención:

No se dispuso de información sobre los porcentajes de cobertura de las distintas redes de prestadores públicos y privados de servicios de salud.

El porcentaje de hospitales con más de 50 camas que disponen de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y clínica no sobrepasa el 20%. Se concentran en la capital y en el sector privado. El grado de uso de esa información se limita a la gestión administrativa, especialmente de los recursos humanos.

No se dispone de información consolidada sobre producción de servicios.

INDICADOR	
No total de egresos	ND
Indice ocupacional	Variable*
Promedio días de estadía	ND

Fuente: OPS/OMS. *Los datos varían de menos de 50% en algunas instituciones hasta 80% en el Hospital Universitario

El Banco Mundial financió, en 1997, la realización de una encuesta por AEDES/CIDEF. Esta mostró que los porcentajes de ocupación eran, en promedio, 42% en el sector público y 74% en el privado sin fines de lucro. Los porcentajes más bajos se encontraron en los servicios de obstetricia y pediatría de los servicios públicos (36 y 37 % respectivamente).

No se dispone de información respecto a las causas más frecuentes de egresos.

Calidad:

Calidad técnica: no existe información disponible sobre el porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando, ni de aquellos con comités de ética.

El porcentaje de cesáreas alcanza al 10 % del total de partos realizados.

El índice de infecciones hospitalarias no es un dato disponible. No obstante, un estudio realizado por la OPS/OMS, en el año 1998, en pediatría y cuidados intensivos del Hospital Universitario, mostró que más del 50% de los niños habían contraído infecciones hospitalarias. Al analizar las manos del personal que manipulaba a estos niños, se encontró coliformes fecales en 39 de las 40 estudiadas.

No se dispone de información sobre porcentaje de establecimientos con comité de infecciones hospitalarias.

No existen datos sobre el porcentaje de necropsias, de muertes infantiles auditadas y de muertes maternas auditadas. Tampoco sobre el porcentaje de pacientes a los que se les entrega un informe de alta o de asistencia.

Calidad Percibida: No existen datos disponibles en cuanto a establecimientos con programas de mejoramiento de calidez y trato, ni de orientación al usuario, ni de estudios o encuestas de satisfacción, ni comisiones de arbitraje.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica: El proceso de reforma en Haití se inicia con la adopción de una nueva política sanitaria en 1996, en el marco de un programa económico donde se plantean reformas estructurales tales como la reestructuración de la función pública, la reforma del sector financiero, la modernización de nueve entidades estatales y el programa de descentralización. Esta política sanitaria se basa en dos conceptos: las Unidades Comunales de Salud (UCS) y el Paquete Mínimo de Servicios (PMS). Estos se enmarcan en la Política Nacional de Descentralización.

Para el planteamiento de la reforma, la discusión se centró en dos actores: el gobierno y los donantes. La población no participó en ningún momento, ni tampoco otras instituciones públicas o privadas.

El proceso de la reforma no ha sido explicitado a través de una agenda.

Como ya se mencionó, la reforma sectorial se inscribe en el marco de una política de reformas estructurales del estado. Fue diseñada por las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud, quienes asumen el liderazgo de la negociación de los objetivos y contenido de la misma. El proceso de negociación se ha desarrollado al interior del propio gobierno, entre los sectores, sin participación de otros actores. Existe un plan de acción quinquenal, donde se encuentran implícitos los cambios que se proponen.

Los diversos estudios se han centrado principalmente en el aspecto del financiamiento del desarrollo de las UCS y el PMS. Los donantes financian los estudios, conjuntamente con el Ministerio de Salud.

En el momento actual, el proceso de reforma está detenido, pues el financiamiento externo destinado a apoyar los cambios en la administración del estado no ha podido ser gestionado debido a la ausencia de primer ministro, inicialmente, y a la ausencia de parlamento, actualmente. Además de ello, la ausencia de poder legislativo ha impedido concretar los cambios necesarios para favorecer el proceso de descentralización. Lo mismo sucede con los instrumentos legales que sustentan el apoyo financiero para la implementación de las UCS.

Aún no se han modificado los objetivos y estrategias planteadas inicialmente y los criterios de evaluación se centraron en mayor medida en resultados económicos, y no en resultados sectoriales. Todavía no se han realizado evaluaciones del desarrollo o impacto de la reforma, pero existen documentos que analizan el grado de descentralización y el financiamiento de la implementación de las UCS y del PMS.

Seguimiento de los contenidos

Marco Jurídico: las modificaciones legislativas para apoyar el proceso de reforma no han podido llevarse a cabo por la ausencia de parlamento desde enero 1999. Leyes como la de medicamentos y la Ley de Salud esperan para ser aprobadas. Asimismo los cambios en la distribución del presupuesto y una nueva Ley de Presupuesto.

La Política Nacional de Salud esta basado sobre la equidad, la justicia social y la participación comunitaria.

Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento en salud: el derecho a los cuidados de salud está garantizado por la Constitución del país, aunque no ha sido difundido adecuadamente a la población.

La estrategia de aumento de cobertura se centra en la formación de las UCS, que incorpora la participación de la comunidad en los establecimientos locales de salud.

El diseño del Paquete Mínimo de Servicios (PMS) ha sido realizado por técnicos del Ministerio de Salud y de la cooperación externa. Incluye acciones básicas en salud de la mujer y del niño, pero no se ha realizado un análisis de su financiamiento.

Rectoría y separación de funciones: No se ha revisado el ejercicio de la función rectora en materia de salud, sin embargo se están realizando cambios en las estructuras de la autoridad de salud, especialmente del nivel central. Se han creado nuevas direcciones, como la Dirección de Organización de Servicios de Salud (DOSS), que será replicada a nivel de los departamentos. Con esto se espera mejorar las capacidades de respuesta a los problemas de salud de manera descentralizada.

No ha habido cambios organizacionales para adecuar las funciones del rol rector, ni tampoco se han creado instituciones públicas responsables de la formulación de políticas, del financiamiento, del aseguramiento o de la provisión de servicios públicos de atención a las personas.

Las acciones para garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes, han sido escasas. Solamente los sitios centinela, cerca de cincuenta en el país, tienen capacidad de informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria de manera rápida y precisa. Esta estrategia fue manejada durante varios años por una ONG financiada por la OPS/OMS. Hacia finales del año 1999, se transfirió toda la capacidad operativa al Ministerio de Salud.

Modalidades de descentralización: Se están revisando los niveles administrativos del Sistema de Servicios de Salud, sus funciones y relaciones, con miras a la implementación de las UCS y la entrega del PMS. Estas propuestas están directamente relacionadas con la descentralización del sector salud.

Se están transfiriendo algunas responsabilidades, tales como el financiamiento, a los niveles departamentales, pero todavía el grado de desconcentración es insuficiente al interior de las instituciones de salud.

Participación y control social: La participación social ha sido planteada como uno de los ejes de la Política Nacional de Salud. Es así como las UCS se consideran la base para desarrollar el trabajo conjunto y el control social a nivel local.

Las instancias que están creando para promover la participación social son las Células de Gestión y los Consejos Comunales de Salud. Estas se localizan a nivel departamental y a nivel local o municipal. Con ellas está previsto realizar la programación anual de las actividades de los servicios de salud y adoptar mecanismos de control de esas actividades. Los miembros de Consejos Municipales deberán ser elegidos por su comunidad. Los mecanismos legales para su funcionamiento aún no han sido desarrollados, ya que no existe parlamento que pueda sancionarlos.

Financiamiento y gasto: Todavía los mecanismos de financiamiento y gasto no han variado sustantivamente, debido a la inexistencia de un parlamento que pueda aprobar una ley de presupuesto público.

Oferta de servicios y modelos de atención: La redefinición del modelo de atención está ligado a cómo se desarrollen en el futuro las estrategias de implementación del PMS, aun cuando las actividades que este paquete contempla ya están establecidas.

No se han introducido cambios en las modalidades de atención de salud, y los sistemas de referencia y contrareferencia no se han modificado.

No se han adoptado decisiones relacionadas con la modificación de la oferta de servicios de salud pública, tanto del primer como del segundo nivel.

A pesar de que existe la identificación de grupos más vulnerables, son escasas las acciones directas dirigidas a ellos.

Modelo de gestión: El Ministerio de Salud está paulatinamente asumiendo su papel de una manera más visible, luego del deterioro generado por el embargo económico.

Aún no se han introducido contratos o compromisos de gestión. No obstante, la gestión de las UCS contempla tres tipos de contratos a efectuar: el contrato de gestión, el contrato de concesión y el contrato de servicios, dependiendo de los actores. La capacidad legal todavía no se ha desarrollado, debido a los problemas políticos del país.

Pocos establecimientos sanitarios públicos se desarrollan con criterio empresarial. Se espera que al implementar las UCS, se puedan entregar a la gestión privada, cuando lo amerite, los establecimientos de propiedad pública, de acuerdo a las modalidades de contrato mencionados anteriormente.

Recursos Humanos: No se han incorporado modificaciones en el proceso de formación de recursos humanos.

La participación de los trabajadores de la salud y sus representaciones en la reforma, ha sido casi inexistente.

Todavía no hay cambios en la planificación y gestión de recursos humanos, así como en los sistemas de incentivos, en las formas de práctica profesional, en la capacitación del personal de salud y en los mecanismos de certificación de los trabajadores de salud.

Calidad y Evaluación de Tecnologías en Salud: No se han realizado cambios en los procedimientos de acreditación de establecimientos y programas, así como tampoco en los ámbitos de la calidad técnica y en evaluación de tecnologías a ser introducidas.

Evaluación de los resultados

Las dificultades de orden político y el corto período de implementación del proceso de reforma, impiden plantear aún una evaluación de resultados.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ Constitution Haïti 1987

² Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique: Estimation de la Population Totale d'Haïti par Année suivant le sexe et la Zone de Résidence. (1950-2015)

³ PNUD: Haïti, Rapport de Coopération au développement. 1998.

⁴ Voltaire, Henri Claude : Les Unités Comunales de Santé: Principes et Orientations Stratégiques. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Haïti, Juin 1999

⁵ Ministère de la Santé Publique et de la Population. Politique de Santé. Version actualisée. Mai 1999

⁶ Ministère de l'Economie et des Finances. Direction des Etudes Economiques.

⁷ Ibid no 6

⁸ Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique. Produit Interieur Brut par secteur. 1990-1999.

⁹ Ibid no 3

¹⁰ Banque de la Republique d'Haïti: Rapport Annuel 1998.

¹¹ Ibid no 3

¹² MSPP-OPS/OMS. Analyse de la Situation Sanitaire, Haïti. Juin 1998

¹³ Dr Ary Bordes: Les Cinquante Ans de l'Association Médicale Haïtienne. Mars 1998

¹⁴ MSPP., Service du Personnel. Effectif du Personnel par Catégorie de Poste

¹⁵ Ibid no 13

¹⁶ Communication du Dr Elsie Metellus Chalumeau, Directeur du Centre de Transfusion Sanguine.